ITEM 49 : TROUBLES MICTIONNELS CHEZ L'ENFANT

Trouble de la miction : motif fréquent de consultation, majoritairement de cause fonctionnelle
- Acquisition de la **propreté diurne** : entre **18 et 30 mois** en moyenne
- Acquisition de la **propreté nocturne** : vers l'âge de **3 ans**
→ Des imperfections de la continence peuvent persister jusqu'à **5 ans**

Physiopath

- Nourrisson : fonctionnement vésico-sphinctérien **automatique** (miction automatique par contraction vésicale et relâchement sphinctérien pour un remplissage vésical faible) = « vessie infantile »
- Prise de conscience du besoin d'uriner et de la nécessité d'acquisition de la propreté, avec **acquisition de la retenue** de la miction par contraction sphinctérienne (**propreté diurne**) = « vessie immature »
- **Connexion avec les centres corticaux**, permettent d'inhiber ou de déclencher volontairement la miction (**propreté nocturne**) = « vessie adulte »
- Accroissement de la capacité vésicale : 30 ml chez le nouveau-né → 300 ml chez l'adulte

Diagnostic

SF

- **Enurésie** = miction **nocturne**, **complète**, **involontaire** :
. **Primaire** ou **secondaire (survenant après au moins 6 mois** sans trouble nocturne)
. **Permanente** ou **intermittente**
. En **début** ou en **fin de nuit**
- **Pollakiurie** = augmentation de la fréquence des mictions
- **Incontinence diurne** avec **fuites**
- **Urgenturie** ou **impériosité mictionnelle** = urgence du besoin
- **Dysurie** = gêne à l'écoulement des urines lors de la miction : besoin ressentie, difficulté à initier la miction, nécessité de poussées abdominales, aspect du jet, durée de la miction
- **Rétention aiguë d'urine** = impossibilité douloureuse d'uriner : rare chez l'enfant

DD

- **Polyurie** = augmentation des quantités d'urines émises → évoquer en 1er lieu un **diabète**

SC

- Examen général : **fièvre, hémodynamique, état d'hydratation**
- Examen abdominal : **globe vésical, masse tumorale, stase stercorale**
- Examen urogénital : **fosses lombaires, méat urétral, malformation de la verge** (hypospadias)
- Examen du rachis et neurologique : **anomalie cutanée dans la région lombo-sacrée (lipome, angiome, touffe de poils), déformation osseuse, examen neurologique** (sensibilité périnéale, syndrome pyramidal)
- Examen orthopédique : pieds creux, inégalité de longueur des membres inférieurs, scoliose, troubles trophiques
- **Catalogue mictionnel** : sur ≥ 2 jours consécutifs, avec recueil des boissons, du nombre et des volumes des mictions, de l'existence de fuites et des selles

C

Trouble mictionnel nocturne sans trouble diurne

- **Enurésie nocturne primaire isolée**

Trouble mictionnel diurne ± nocturne

Dysurie associée	- **Dysynergie vésicosphinctérienne** - **Vessie neurologique** - **Obstacle urétral** - **Valves de l'urètre postérieur**
Sans dysurie	- **Hyperactivité vésicale / hyperactivité détrusorienne** - **Abouchement ectopique de l'urètre**

PC

Pathologie fonctionnelle

→ Enquête paraclinique inutile en cas de symptomatologie typique, régressive sous traitement
En 1ère intention :
- **Echographie vésico-rénale** : étude du haut appareil, des parois vésicales, de la capacité vésicale, mesure du résidu post-mictionnel
- **Débitmétrie**
± **EMG du périnée**
± **Cystographie** en cas d'infections urinaires associées : recherche de RVU
En 2nd intention (diagnostic difficile) : **bilan urodynamique**

Pathologie organique

- Malformation : **échographie des voies urinaires, cystographie, uro-IRM**
- Retentissement : **créatininémie, scintigraphie au DMSA**
- Fonctionnement vésico-sphinctérien : **débitmétrie, bilan urodynamique**
- Suspicion de cause neurologique : **IRM médullaire**

<table>
<tr><td rowspan="5">Cause fonctionnelle</td><td rowspan="4">Diurne ± nocturne</td><td colspan="2">Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale</td><td>= Persistance anormale du stade de « vessie immature » > 5 ans
- Pollakiurie, impériosités mictionnelles, fuites urinaires, énurésie
- Miction explosive (fort débit) par hypertrophie vésicale réactionnelle
- Complication : - Infection urinaire
- Reflux vésico-urétéral
- Evolution généralement spontanément favorable avec mesures hygiéno-diététiques ± anticholinergiques per os</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dyssynergie vésico-sphinctérienne</td><td>= Absence de relâchement sphinctérien au moment de la miction, à l'origine d'un résidu post-mictionnel :
- Dysurie, fuites par regorgement, infection urinaire chronique (résidu post-mictionnel)
- Complication : - Vessie de lutte
- Dégradation du haut appareil urinaire
- Jusqu'à l'insuffisance rénale = syndrome de Hinman
- Cause : - Généralement secondaire à des mauvaises habitudes
- Parfois dans l'évolution d'une immaturité vésicale
- Primitive : contexte de perturbations psychologiques (abus sexuel…)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT</td><td>RHD</td><td>- Régularisation des habitudes hydriques et alimentaires : apports en eau répartis sur la journée, traitement d'une constipation, hygiène mictionnelle
- Amélioration des postures mictionnelles : 5 à 7 mictions/jour, au calme, enfant bien installé, siège approprié, vêtements baissés ne comprimant pas les organes génitaux et permettant l'écart des jambes</td></tr>
<tr><td>2nd intention</td><td>- Kinésithérapie, alarmes, neurostimulation transcutanée
- Médicamenteux : anticholinergiques (CI dans dysynergie vésicosphinctérienne), antispasmodique, α-bloquant</td></tr>
<tr><td>Nocturne isolée</td><td colspan="2">Enurésie nocturne primaire isolée</td><td>= Enurésie monosymptomatique chez un enfant > 5 ans
- Généralement plurifactorielle : génétique, qualité du sommeil, défaut de sécrétion nocturne d'ADH, obstruction des voies aériennes supérieures…
- Amélioration spontanée avec l'âge (15%/an)
TTT : RHD seules en 1ère intention : réduire les boissons > 18h, éviter les boissons gazeuses, sucrées, les aliments chargés en sel
En 2nd intention :
- Desmopressine (analogue de l'ADH) si polyurie nocturne
- Thérapie de conditionnement par l'alarme
- Oxybutinine si hyperactivité vésicale</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Cause organique</td><td rowspan="2">Uropathie malformative</td><td colspan="2">Implantation ectopique d'uretère</td><td>= Implantation d'un uretère en dehors de la vessie, dans l'urètre, la vulve ou le vagin : chez la fille
- Fuites urinaires permanentes, entrecoupées de miction normale</td></tr>
<tr><td colspan="2">Valve de l'urètre postérieur</td><td>= Obstruction urétrale par des replis muqueux au-dessous du veru montanum : chez le garçon
- En période anténatale : dilatation des voies urinaires
- Chez l'enfant : dysurie, infection urinaire
- Diagnostic : cystographie mictionnelle
- TTT chirurgical : par voie endoscopique, après bilan urodynamique</td></tr>
<tr><td></td><td>Cause neurologique (rare)</td><td colspan="2">Pathologie médullo-rachidienne</td><td>- Congénitale = anomalie de fermeture sur la ligne médiane du rachis, de la peau ou des corps vertébraux : spina bifida, lipome du cône médullaire…
- Acquise : - Tumeur médullaire : astrocytome
- Tumeur rachidienne : sarcome d'Ewing, ostéosarcome
- Traumatisme
- Infection
➔ Diagnostic : IRM de la moelle lombo-sacrée</td></tr>
<tr><td colspan="2">Signes évocateurs</td><td>- Incontinence urinaire sévère
- Anomalies de la sensation de besoin
- Dysurie
- Troubles de survenue secondaire
- Incontinence anale associée
- Pieds creux
- Troubles de sensibilité périnéale ou des membres inférieurs
- Anomalie lombo-sacrée</td></tr>
</table>